



全日病 ニュース

2019.9.1

No.947

ALL JAPAN HOSPITAL ASSOCIATION <http://www.ajha.or.jp> / [mail:info@ajha.or.jp](mailto:info@ajha.or.jp)

AMATや一般病院の災害医療提供体制の役割を今後整理

厚労省・救急災害医療検討会

地域でのネットワーク構築を検討

厚生労働省の「救急・災害医療提供体制等の在り方に関する検討会」(遠藤久夫座長)は8月21日、大阪府北部地震、西日本を中心とした7月豪雨、北海道胆振東部地震など2018年に生じた一連の災害に対する医療体制をふり返り、今後の体制整備に向けた議論を行った。DMATとAMATなど他の保健医療活動チームがどう連携するか、災害拠点病院と一般病院が災害時にネットワークをどう構築するか、が今後の課題として認識された。

国は災害医療提供体制について、◇災害拠点病院の整備◇DMAT(災害時派遣医療チーム)の体制強化◇中長期的な医療提供体制の確保—を軸に対策を進めてきた。その中で、2018年の一連の災害では特に、「医療機関の災害に耐える能力」と「災害時の情報収集とその活用」に関する課題が顕在化している。

同日の検討会では、今後の災害医療提供体制に向け、これらの3つの軸は変わらず、顕在化した課題の解決を図るとともに、DMAT以外の保健医療活動チームや、災害拠点病院以外の医療機関の役割を整理していくとの問題意識を共有した。

大規模災害時には、JMAT(日本医

師会災害医療チーム)やAMAT(全日本病院協会災害時医療支援活動班)、DPAT(災害派遣精神医療チーム)など様々なチームが活動することになり、DMATとの役割分担や連携が重要になる。基本的には、都道府県の保健医療調整本部が統括し、調整を図る役割を担うが、災害医療コーディネーターの役割を含め、地域の実情を踏まえた対応が必要になる。

全日病常任理事の猪口正孝委員は、「JMATは亜急性期が中心だが、AMATはDMATと同じく急性期にも動くし、亜急性期にも動く。複数のチームが同時に活動する状況になるので、それらすべてを包含した体制の計画づくりを事前に行わなければならない」と述べた。また、「様々なチームが同じ考えを持った研修を受けることも大切だ」と教育内容の共通化を求めた。

災害時の医療体制については、災害拠点病院を中心とした体制を構築するとしつつも、それ以外の医療機関とのネットワークを構築し、体制整備を図る方向性が示された。災害拠点病院に必要とされる機能は地域によって異なるため、要件は「最大公約数的条件」とする考えで、指定要件を再検討する。日本医療法人協会会長の加納繁照委

員は、「二次救急を支える民間病院は災害時でも救急患者を受け入れ、多くの患者を診療する。自家発電設備などで、災害拠点病院だけでなく、一般病院に対する財政的支援が必要だ」と述べた。他の委員からは、「一般病院への支援は大事だが、どのレベルまで支援するかの線引きが求められる」との指摘があった。また、BCP(業務継続計画)を策定し、災害時に一般病院が診療を継続できる体制を備えることの重要性を強調する意見が出た。

中長期的な医療提供体制の確保については、◇コーディネート体制◇災害医療情報などが論点となった。

特に、熊本地震で保健医療調整本部や二次医療圏単位での関係者のコーディネート体制に課題が生じ、一定の対応が行われたものの、大阪府北部地震では一部に混乱が生じた。このため、その後、災害医療コーディネート要領を作成した。今後は、実態把握を改めて行うとともに、災害医療コーディネーターの好事例の横展開や質の維持について、検討を進めるとした。

災害医療情報では、EMIS(広域災害・救急医療情報システム)の機能改修を図る。7月豪雨では医療機関のEMISへの入力が多く、情報収集の



手段として不十分だった。給水や燃料の必要性に関する情報も集まらなかった。このため◇登録機関の網羅性◇入力率◇入力項目◇情報通信環境—について、EMISの改善を図っている。

医療計画の救急医療関連項目を追加

第7次医療計画の中間見直しにおける救急医療の項目は、追加項目を明示した。プロセス指標として、「転院搬送の受入件数」、「転院搬送の実施件数」、「多職種連携会議の開催回数」などを設ける。「転院・退院調整をする者を常時配置している救命救急センターの数」は重点指標とする方向だ。

第8次医療計画に向けては、「中核・高次の救急医療機関とその周辺の救急医療機関との間の病院間搬送」、「DNARやACP等を踏まえた救急医療」、「医師の労働状況、生産性の向上を目指した集約状況、タスクシフトによる救急医療に関わる医師の負担軽減」の状況把握を求める意見が出ており、今後の指標づくりの課題とする。

消費税率10%への引上げ対応で診療報酬や薬価を改定

診療報酬改定

薬価改定率は薬剤費ベースで▲2.40%

厚生労働省は8月19日、10月の消費税率10%への引上げに伴う2019年度診療報酬改定を告示した。控除対象外消費税問題に対し、診療報酬による消費税2%相当分の補てんなどを行う。診療報酬、薬価基準、医療材料価格、DPC/PDPSにおける各点数・係数などを改定した。

診療報酬では、初診料が282点から288点、再診料が72点から73点への引上げ。急性期一般入院料1は1,591点から1,650点、地域医療一般入院料1は1,126点から1,159点、療養病棟入院1(A)は1,810点から1,813点、回復期リハビリテーション病棟入院料1は2,085点から2,129点、地域包括ケア病棟入院料1は2,738点から2,809点への

引上げとなっている。

DPC/PDPSの基礎係数については、大学病院本院群が1.1302、DPC特定病院群が1.0681、DPC標準病院群が1.0374となった。機能評価係数Ⅱなどは各DPC対象病院に対して設定されている。

薬価基準については、2018年9月取引分の薬価調査を基に、実勢値改定を行った上で、消費税対応を行っている。薬価調査による平均かい離率は7.2%。これから調整幅2%を差し引いた分、薬価を引き下げ、消費税率引上げ2%分を上乗せする。基本的には、このような改定を個別の医薬品において行ったが、新薬創出等加算の対象品目など、医薬品により、対応が異なる。

個別の医薬品の薬価改定をすべて足し合わせた全体の実勢値改定率は薬剤費ベースで▲4.35%(医療費ベースで▲0.93%)、消費税対応分は薬剤費ベースで1.95%(医療費ベースで0.42%)となった。その結果、薬価改定率は薬剤費ベースで▲2.40%(医療費ベースで▲0.51%)となっている。

改定対象の医薬品数は1万6,510品目で、内用薬が1万201品目、注射薬が3,874品目、外用薬が2,407品目、歯科用薬剤が28品目となっている。このうち、薬価が引上げとなるのが6,121品目ある。改定前薬価と実勢値のかい離率が小さいために、調整幅と消費税対応分を加味すれば、改定率がプラスになる品目があるほか、薬価が下がる

ないよう調整している新薬創出等加算の対象品目や基礎的医薬品などは薬価が引上げとなる。

ただし、今回の改定では「改定前薬価の108分の110を乗じた額を上回らない」とする上限規定がある。これにより、消費税対応分は1.95%で、2%を下回ることになった(薬剤費ベース)。

また、厚労省は今回の薬価改定の後発医薬品の状況を公表している。後発品の数量割合は72.6%で、後発品置換えによる医療費適正化効果額は年間推計で1兆3,987億円となった。このうち、バイオシミラーへの置換えによる医療費適正化効果額は同146億円としている。バイオシミラーの金額割合は13.2%となっている。

清話抄

地域医療構想調整会議

全日本病院協会としては、地域医療構想調整会議の動向を見ながら、病院経営に関して最大限の注意を払わなくてはならない。

私は、青森県の地域医療構想アドバイザーとして県内二次医療圏ごとの6

圏域すべての調整会議に参加している。公立・公的病院については、新公立病院改革プラン、公的医療機関等2025プランが策定され優先的に議論を進めることとされている。

公立病院には「補助金などの財政補てん」や「非課税の優遇」がなされていることから「民間病院では担えない分野」に重点的に取り組むことが求められている。しかしながら、公立・公的病院の補助金の投入・活用状況について、十分に可視化されておらず、地域医療構想調整会議で協議活用されて

いないとの指摘がある。青森県でも同様であり、県に対し早急に補助金に関するデータを取りまとめるよう求めている。

赤字経営の公立病院は、病床利用率が低くても休床中の病床が存在しても職員には民間より高い給与が支払い続けられている。民間病院ではこのような経営はありえない。

公立・公的病院の再編統合やダウンサイジングといった取り組みを具体的に進めながら、自治体の首長と効率的な協議を行い、住民の健康、安全を守

らなければならない。(なおかつ首長は御自身の選挙のことも考えていなくてはならない。)

青森県は早い段階から公立・公的病院の再編に着手しており、一定の成果を収めている。今後も地域の特性を踏まえつつ、県民が安心して医療を受けられるよう病院機能の再編に協力していきたい。

(村上新町病院 理事長
全日本病院協会 青森県支部長
青森県医師会 副会長 村上秀一)

主張

病院機能評価の認定率向上を目指して

またかとお思いでしょうが、またなのである。機能評価受審・更新のお願いである。

2019年7月の日本医療機能評価機構での病院機能評価認定割合は全国では25.9%であったが、全日病会員病院では34.6%であり、全国の認定率を上まわっている。更に全日病の役員の病院の認定率を調べると以下のとおりである。会長・副会長の病院は6/6で、100%、常任理事の病院では16/20で80%、理事の病院では13/28で46%

である。

日本医療機能評価機構に出資し、理事や評議員を出し運営に協力している全日病としては、更なる認定率向上を目指したい処である。ちなみに全日病の病院機能評価委員会では、役員病院の認定率100%を目指して活動している。

病床規模別にみると以下のとおりである。病床数の多い病院での認定率は高く概ね70~90%であるが、200床以下で23.4%、100床以下においては8.7%

と極端に低くなる。全日病の会員が多い、これ等中小規模病院の認定率を上げることが、全日病に与えられた使命と考えているが如何であろうか。

中小規模病院が受審するに際しては、非常な困難が考えられる。

まず、審査料が考えられるが、これが高いか安い。病院の現在の経済状態からすると、過大な出費と考える向きもあり、一方、病院の現在や将来への投資と考えれば決して高くはないとの考え方もある。

職員、特に診療部や事務部に大きな負担が掛かることは否めない。しかし、現代の医療は平準化され、特に医療安全、医療関連の感染管理等については

病院の規模に関わらず守らなければいけないことがある。それらをこの際まともに充実させてしまうことができる。

また、様々な規則やマニュアルは一度作成してしまえば、その後も若干の改定が必要であるが、病院の大きな財産となる。しかもこれらには見本があり、病院の実情に合わせて一部分を作り直せばいいだけである。

これらの作業でわからないことは、是非全日病の病院機能評価委員会を利用したいものである。今年と来年度には、中小病院認定率向上キャンペーンを行っており、今年度分の申し込みは締め切ったが、来年度はこれからであり、考えて頂きたいものだ。(木村 厚)

訪日外国人患者受入れの拠点的医療機関をリスト化

厚労省・訪日外国人医療提供検討会

救急入院対応で182、一般医療で536施設

厚生労働省は8月19日の「訪日外国人旅行者等に対する医療の提供に関する検討会」(遠藤弘良座長)に、外国人患者を受け入れる医療機関(2019年7月17日版)を公開したことを報告するとともに、現状の整備状況を説明した。外国人患者の救急入院に対応できる医療機関として182施設、診療所・歯科診療所を含む一般的な医療に対応する医療機関として536施設が都道府県別にリスト化された。9月末に2回目の受付けを締め切る。

来年に東京オリンピック・パラリンピックを控え、政府をあげて外国人観光客への対応を進めている。医療の対応では、外国人患者を受け入れる拠点的医療機関を整備し、周知することが課題だ。すべての都道府県で面的なネットワークの整備を達成することを目指している。

具体的には、救急患者の入院を受け入れる医療機関は都道府県で1か所以上、一般的な医療に対応する医療機関は二次医療圏に1か所以上を整備する。基本的には、多言語での対応を求めることになる。

外国人を受け入れる拠点的医療機関は都道府県に登録され、都道府県はリスト化し周知する。ただ、どのように周知し、活用していくかは今後の課題となっている。リスト化された医療機関を知りたい人が一元的にアクセスできるよう、都道府県が電話対応などでワンストップサービスを提供することが検討されているが、都道府県から

は対応困難事例の解決を求められることへの懸念もある。

医療機関のリストは随時更新していく予定だ。厚労省は1年ごとに更新する見通しを示した。現在、リストは厚労省ホームページにおいてエクセル形式で公開されている。9月末の締め切り後に、特に申し出がなければ日本政府観光局(JNTO)でも公開するとしている。

厚労省は、リスト化された医療機関の質を担保するとともに、外国人を受け入れる拠点的医療機関になることに対して、医療機関がインセンティブを持てるよう支援する必要があるとの考えを示した。医療通訳の配置や配置が難しい場合の多言語対応の機器など政府の予算事業で支援策を継続・拡大する方向だ。

日本医師会の松本吉郎委員は、現状で二次医療圏の整備状況に温度差があると指摘。理由として、「外国人患者が集中して負担が増えるなど、メリットよりもデメリットが大きいと感じる」と述べ、メリットが大きくなるような支援策を求めた。

また、日本医療法協会の小森直之委員は、「リストをみると、多言語対応の時間や言語にばらつきがある。医療機関の中には、限られた時間でしか多言語に対応できず、手上げはやめておこうと判断した医療機関があると。輪番制を取るなど連携を図ることができれば、積極的に医療機関が増えると思う」と述べた。

診療報酬通りに請求する病院が9割

「医療機関における外国人患者の受入れに係る実態調査」(2019年8月更新版)の結果が示された。2018年10月1日~31日の間で、回答のあった4,395病院のうち、約半分で外国人患者の受入れがあった。受入れ実績のあった病院の外国人患者数は10人以下が1,170病院で多いものの、千人以上受け入れていた病院も7病院あった。

ただ、外国人が在留外国人であるか、訪日外国人であるかの判断は病院に委ねられており、正確な把握ではないとの指摘も相次いだ。厚労省は、正確ではないが、全体的な動向を把握するための調査と説明している。

多言語対応の整備状況を二次医療圏単位でみると、回答のあった5,694病院のうち、医療通訳者が配置された病院がある二次医療圏は126医療圏で38%だった。電話通訳が利用可能な病院がある二次医療圏は164医療圏で49%、タブレット端末・スマートフォン端末等が利用可能な病院がある二次医療圏は170医療圏で51%。これらのいずれかが利用可能な病院がある二次医療圏は236医療圏で70%となっている。回答率が68%であるため、実際の割合はこれより高い可能性がある。

訪日外国人旅行者に対する自由診療での診療価格は、9割が診療報酬点数表を活用し、1点10円で計算していた。外国人患者受入れが多い185病院に限ると、28%の病院が1点20円で計算していた(有効回答4,971病院)。



未収金の発生状況は2018年10月1日~31日の間に、受入れ実績のある2,174病院のうち、386病院(17.8%)が未収金を経験していた。未収金のあった病院の発生件数は平均6.7件、総額は平均43.3万円だが、100万円を超えるケースもあった。

病院の一般的なコスト増は2.29倍

東京大学大学院医学系研究科の田倉智之教授が「訪日外国人の診療価格算定方法マニュアルの概要」を説明した。マニュアルの趣旨は、①対象は訪日外国人の自由診療②医療機関が個々に価格を検討③経営安定を目的とした算定法④計算方式は簡便な手法を採用—とした。どのように金額を設定するかは医療機関の自由であることを基本としつつ、コストが適切に反映される考え方を提示している。

多部門から構成される病院の一般的な診療の場合で、訪日外国人は日本人の2.29倍のコストがかかることを例示した。通訳翻訳・患者紹介・特殊対応など時間・人数・単価の増加分を積み上げ、係数を用いる形としている。

ただ、委員からは病院の規模や提供する医療など複数のモデルケースを示してほしいとの要望が相次いだ。

一緒に働く介護労働者は外国人労働者にポジティブな印象

介護労働実態調査

事業所は技能実習生活用への意欲強い

介護労働安定センターは8月9日、2018年度介護労働実態調査を公表した。外国人労働者と一緒に働くことについて、実際に働いている介護労働者は「職場に活気が出る」などとポジティブな印象を持つ傾向が示された。

調査は、事業所と介護労働者の双方を対象に2018年10月に行われた。全国の介護サービス事業所から無作為抽出した1万8千事業所を対象にアンケートを実施。さらに各事業所の労働者3名を上限に選出し、協力を依頼した。回答は9,102事業所(回収率51.6%)、2万2,183人(同41.9%)。

外国人労働者を受け入れている事業所は2.6%で、受入れの内訳は留学生が42.5%、日系人が30.0%、EPAが20.2%、技能実習生は9.0%など。

今後、外国人労働者を活用する予定が「ある」のは13.3%で、その内訳は技

能実習生が65.2%と最も多く、EPAによる受入れが37.3%、留学生が33.1%、日系人が28.3%などと、技能実習生の活用への意欲が強い。

他方、外国人労働者と一緒に働くことについて介護労働者に聞いた(複数回答)。一緒に働いている人では、「労働力の確保ができる」(48.5%)や「業務が軽減される」(26.8%)以外にも、「職場に活気が出る」(30.8%)や「利用者が喜んでいる」(25.8%)など、ポジティブな印象を持っている傾向が示された。

外国人労働者がいない職場の人では、「労働力の確保ができる」は40.1%と同様に高かったが、「業務が軽減される」は16.2%、「職場に活気が出る」は18.0%、「利用者が喜んでいる」は11.9%などと低かった。

その一方、「利用者等との意思疎通において不安がある」が54.1%、「生活、

習慣等の違いに戸惑いがある」が46.1%などと高く、マイナスの印象が強い傾向が示された。ちなみに一緒に働いている人では、それぞれ33.6%、25.2%と相対的に低かった。

介護労働者の21.6%が60歳以上

全介護労働者の平均年齢は47.7歳。65歳以上は12.2%で全体の1割を超えている。60歳以上は21.6%と2割。60歳以上の割合は近年高まっている。職種別では、訪問介護員では60歳以上が39.2%と4割近くを占める。

また、訪問介護員や介護職員の1年間(2017年10月1日から2018年9月30日まで)の離職率は15.4%と、前年度よりも0.8ポイント低下した。採用率は18.7%と、0.9ポイント上昇した。

一方、介護サービスに従事する従業員の不足感を示す回答は0.6ポイント

上昇し、67.2%となった(「大いに不足」10.5%、「不足」23.1%、「やや不足」33.6%の合計)。こうした不足感は2013年以降、5年連続で増加している。不足の理由は「採用が困難」が89.1%で、その原因は「同業他社との人材確保競争が激しい」が56.2%と高かった。

処遇に関しては、正規職員(月給)の所定内賃金の平均は、前年度より3,712円増加し23万4,873円となった。賃金は年々増加している。

賞与の支給は、「定期的に支給している」が最も多く、正規職員で69.6%、非正規で40.4%。正規職員の平均支給賞与額は、前年度より4,941円増加し59万8,379円となった。

労働者に勤務先の希望を聞いたところ、「今の勤務先で働きたい」は全体で57.3%と、前年度よりも0.4ポイント上昇している。職種別では、訪問介護員が65.7%と高い一方、介護職員は54.2%と全体を下回った。

医薬品業界から薬価制度見直しでヒアリング

中医協・薬価専門部会

委員からは業界提案に厳しい意見

中医協の薬価専門部会(中村洋部会長)は7月24日、2020年度の薬価制度改革に向け、業界ヒアリングを行った。2018年度に抜本改革が行われ、現在はその影響を把握している段階にある。医薬品業界は、社会保障給付費抑制のために薬価が狙い撃ちされているとの不満を表すとともに、抜本改革による新薬創出等加算の見直しの問題点を指摘した。ただ、中医協委員からは医薬品業界の主張に対し、厳しい指摘が相次いだ。

ヒアリング対象となったのは、◇日本製薬団体連合会(日薬連)◇米国研究製薬工業協会(PhRMA)◇欧州製薬団体連合会(EFPIA Japan)◇日本医薬品卸売業連合会(卸連)◇再生医療イノベーションフォーラム(FIRM)◇日本バイオテック協議会一の6団体。

日薬連はまず、最近の社会保障関係費の抑制が薬価改定に依存していることに不満を示した。政府の予算編成において、高齢化などを背景に社会保障関係費は毎年増加しており、社会保障給付費のシーリングが設定され、一定額を減らすことが求められてきた。その手段として、薬価改定に頼ってきた面がある。2016年度は1,749億円、2017年度は196億円、2018年度は1,766億円、2019年度は493億円を薬価改定で捻出した。4年累計で4,204億円、抑制額全体の75%を占める。

日薬連の多田正世会長代理は、「一定の貢献はするべきと考えるが、限界がある」と訴えた。国内の医薬品市場はマイナス成長であり、各製薬企業が従業員を減らすなどして対応していることも強調した。その上で、「新薬」「長期収載品と後発品」「基礎的医薬品等」に分けて要望を行った。

「新薬」については、新薬創出等加算を受けることのできる対象を決めるための「品目要件」の拡充や「企業指標」の廃止をPhRMAやEFPIA Japanが強く求めた。

新薬創出等加算は薬価引下げを一定期間行わず、薬価を維持する加算だ。新薬創出等加算については、厚生労働省の医薬品開発要請に応じるとの企業要件を満たせば、事実上、すべての新薬が対象になるという問題があった。このため、抜本改革で、革新性の高い医薬品のイノベーションを評価する上で、メリハリをつけるため、加算対象品目を限定する「品目要件」や加算係数に差を設ける「企業指標」を新たに設けた。

日薬連などは、「品目要件」に対して、医療上の必要性の高さや革新性・有用性の観点から評価すべきと主張した。具体的には、先駆け審査指定制度や条件付き早期承認制度などで優先的に審査された品目などを対象に加えるべきとした。「企業指標」に対しては、「企業規模の影響を強く受ける評価で公平性に欠ける」と主張。一定の基準を満たせば該当するのではなく、企業間の相対評価で加算率が決まるため、「医薬品開発を行う上で、予見性に乏しい」として、廃止すべきとした。

しかし、これらの主張に診療側・支払側双方から厳しい意見が出た。

診療側の委員は、「新薬創出等加算の要件はこれまで甘かったの見直した。企業指標が企業規模に応じたものになるのも自然だと思ふ。廃止を主張するのであれば、代替案を提示してほしい」と求めた。支払側の委員も「企業指標は撤廃すべきではない」と述べるとともに、「企業指標は製薬企業同

士に競争させるために相対評価としている。また、依然として多くの新薬が該当するので、予見性が低いというのも納得できない」と述べた。

製品総原価の開示「限度ある」と主張

原価計算方式については、抜本改革で、類似薬効比較方式と同様に、価格全体に補正加算をかける見直しを行うとともに、製品総原価の開示度に応じて加算率に差を設けることにした。しかし、過去最高薬価となったCAR-T細胞療法のカムリア(ノバルティスファーマ)の薬価算定においても、加算率の高い開示は行われず、「製薬企業側のインセンティブとして機能していない」との指摘が出ている。

これに対して、日薬連などは、類似薬効比較方式で算定する品目を拡大し、原価計算方式で算定する品目を減らすことを提案した。具体的には、「臨床的位置づけ等の医療実態」を勘案すれば、類似薬の対象を拡大できると主張。開示には、企業秘密などの観点で「一定の限界がある」とした。しかし、支払側の委員は、製品総原価のブラックボックス状態が続くとして反対した。

費用対効果評価の仕組みが本格的に導入され、最大で有用性加算部分の90%が引き下げられることに対して、日薬連などは、新たな「有用性系加算」を設けることを主張した。具体的には、「感染や過誤の防止など医療従事者の負担軽減・リスク低減を評価するキット加算」を有用性系加算に統合することなどを提案している。

薬価収載後に効能追加などがあり、市販後のエビデンスなどで革新性・有用性が新たに認められた品目については、改定時に改めて評価することを要



望。後発品については、初収載の薬価引下げに対し、後発品企業のコスト回収や安定供給を確保するため、「見直すべきではない」とした。

長期収載品の薬価については、「長期収載品に依存しないビジネスモデルへの転換を進めるという点に異論はない」としつつ、2018年度の薬価制度抜本改革で新たに導入した段階的薬価引下げのルールによる「期間」の短縮は「拙速に行うべきではない」と訴えた。医薬品の安定供給の観点から、「引下げ率の下げ止めや影響の大きい企業への円滑実施措置を継続すべき」と主張した。現行で、下げ止めは改定前薬価の50%、円滑実施措置では激変緩和のための係数を設けている。

また、基礎的医薬品については、医療上必要な医薬品を継続的に安定供給するため、「対象範囲のさらなる拡充や要件の見直しが必要」とした。不採算品目算定や最低薬価の充実も求めた。しかし、支払側の委員は、「単に長く使われているとか、不採算であるとの理由で対象にするべきではない」と釘をさした。

そのほか、卸連は「未妥結減算制度や流通改善ガイドラインの趣旨の徹底」、FIRMは「再生医療等製品は別カテゴリーで、その革新性・画期性の価値を十分に反映し得る新たな価格算定方式の検討」を主張。日本バイオテック協議会は「ドラッグリポジショニングによる新薬の特例算定改定案」を示すとともに、ウルトラオーファン加算の新設などを求めた。

医療機器業界から保険医療材料制度見直しでヒアリング

中医協・保険医療材料部会

医療機関への支援困難との指摘も

中医協の保険医療材料専門部会は8月7日、2020年度の保険医療材料制度の見直しに向け、関係業界からヒアリングを行った。

ヒアリング対象となったのは、◇日本医療機器産業連合会(JFMDA)◇日本医療機器テクノロジー協会(MTJAPAN)◇先進医療技術工業会(AdvaMed)◇米国医療機器・IVD工業会(AMDD)◇欧州ビジネス協会(EBC)医療機器・IVD委員会◇日本医療機器販売業協会(医器販協)◇日本臨床検査薬協会(JACRI)の7団体。

JFMDAは、イノベーション評価について、2018年度に導入したチャレンジ申請の見直しを求めた。チャレンジ申請は医療機器が保険適用された後に、追加的なエビデンスを得られれば、その使用実績を踏まえ、再評価を受けられるもの。現行では、C1(新機能)、C2(新機能・新技術)に適用されるが、B1(既存機能区分)、B2(既存機能区分・変更あり)の製品についても適用することを要望した。

また、再評価を行うに当たり、患者への臨床的な効果に差がなくても、「検査、併用薬、入院期間の削減や医療従事者の負担軽減など」につながる場合の補正加算としての評価を求めた。事例として、カテーテル治療において、カテーテル挿入部位を確保するのに用いる橈骨動脈専用シースは一般的なシースと比べ、低侵襲で患者の回復が

早く、入院期間も短縮されるが、現行では一般的なシースと同一の機能区分であると指摘した。

要望に対し診療側の委員からは、「優れた改良に対しては何らかの評価が必要」との意見がある一方で、「C1、C2で導入したばかりで、拡大は時期尚早(支払側)」「医療従事者の負担軽減を価格で評価するのは不相当(診療側)」など慎重な意見が出た。「小さな改良は医療現場で日々行われるものときく。すべて申請されれば、大量の申請になるのではないかと」の質問に、業界側は「申請に手間がかかるので、それほど多くならない」と回答した。

原価計算方式の医療機器に対しては、「製品総原価のうち、保険医療材料等専門組織での開示が可能な部分の割合(開示度)に応じて、加算率に差をつける」ことを提案した。しかし、支払側の委員からは「医薬品でそのような仕組みを導入したが、開示を促すようには機能していないことがわかった」と否定的な反応があった。

また、製品総原価を示すに当たっての医薬品との違いを問われ、業界側は「医療機器はカメラやモーターなど他の企業が作った部品を組み合わせたものが多く、完成品を一つの企業だけで作るものがある医薬品とは異なる」と説明した。

JFMDA、AMDD、医療機器・IVD委員会は、オンライン診療やICTを

用いた情報共有・連携が進む中で、「サイバーセキュリティ管理」の重要性が増していると主張。「外部の情報通信機器が接続されるオンライン診療を安全に普及させるために、患者の要配慮個人情報の漏洩防止、医療機器や医療情報システム内の情報の保護など継続的に必要なサイバーセキュリティ管理を行うのに必要不可欠な専用スタッフや外部委託その他の費用を手当てするための診療報酬上の評価」を要望した。

さらに、医療画像情報のクラウド化を促進するための診療報酬上の評価も求めた。

要望に対し支払側の委員からは、「サイバーセキュリティ対策は企業努力で行うのが、他の業界では当たり前。診療報酬で上乗せするのは筋違い」との厳しい意見が出た。クラウド化についても、「初期費用はかかるかもしれないが、ランニングコストは下がる」と断じた。

医器販協は、医療機器の流通経費について、医療機関での「保守・修理」「立会い」「預託在庫管理」など医療機器販売業者による「適正使用支援業務」が果たしている役割を強調。その上で、医療機関での「立会い」の業務負担を含め、「近年、様々な要因により、販売業者が行う適正使用支援業務が持続困難になってきている」と訴えた。

支払側の委員がその理由を問うと、



「日本の医療機関は欧米と比べ、症例数は少ないが様々な治療を行うため、医療機器の取扱いに販売業者が関わる程度が大きい」と説明。支払側の委員は「医療機器を効率的に使用するため、医療機関の集約が課題になる」と主張した。しかしこれに対しては、「流通経費を減らすために、医療機関へのアクセスに関わる提供体制を変えてほしい」という主張をする気持ちは全くない」と明確に否定した。

JACRI、AMDD、EBCは主に、対外診断用医薬品の医療上の有用性・革新性に対する評価を設けることを主張した。現行では、既存項目との測定原理の類似性から診療報酬項目の点数を準用するため、医療上の有用性・革新性が直接的には評価されていないとして、改善を求めた。

そのほか、◇臨床現場即時検査(POCT検査)を現行の検査と異なる仕組みにして、質の高い在宅医療に貢献◇「感染防止対策加算1」の施設基準を変更して、薬剤耐性(AMR)対策を推進一を主張した。

【資料】オンライン診療の適切な実施に関する指針 2018年3月(令和元年7月一部改訂)

厚生労働省は7月31日、「オンライン診療の適切な実施に関する指針」の改訂版を公表した。改訂版は「オンライン診療の適切な実施に関する指針の見直しに関する検討会」での議論を反映させたもの。以下で、「緊急避妊に係る診療」や「情報通信機器を用いた遠隔からの高度な技術を有する医師による手術等」など、改訂した文言について下線を引いて示した。詳しくは、厚労省ホームページを参照。(https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/kenkou_iryuu/iryuu/rinsyo/index_00010.html)

I オンライン診療を取り巻く環境(省略)

II 本指針の関連法令等(省略)

III 本指針に用いられる用語の定義と本指針の対象(省略)

IV オンライン診療の実施に当たっての基本理念(省略)

V 指針の具体的適用(省略)

1. オンライン診療の提供に関する事項

(1)(省略)

(2) 適用対象

①考え方(省略)

②最低限遵守する事項

i～iv(省略)

v 離島・へき地など医師、医療機関が少ない地域において、地域の患者を診療する医療機関の常勤の医師が1人のみであることや非常勤の医師が交代勤務をしていることにより、これらの医師の急病時等に診療を行うことができない時は、代診を立てることが原則であるが、代診を立てられないこと等により当該医療機関の患者の診療継続が困難となる場合において、二次医療圏内における他の医療機関の医師が初診からオンライン診療を行うことは、ivに該当し可能であること。ただし、対象となる患者は、診療継続が困難となった医療機関において、既に対面診療を受けたことがある患者であること、当該医療機関は患者からオンライン診療を行うことについて同意を得ること、及びオンライン診療を実施する医療機関とあらかじめ医療情報を共有することが必要である。なお、この場合においては、オンライン診療の後の対面診療は、既に対面診療を受けている医療機関で実施すること。

vi 患者が医師という場合のオンライン診療(以下「D to P with D」という。)において、情報通信機器を通じて診療を行う医師は、患者という医師から十分な情報が提供されている場合は、初診であってもオンライン診療を行うことが可能であること。

vii 原則として、オンライン診療を行う全ての医師は、直接の対面診療を経た上でオンライン診療を行うこと。

ただし、在宅診療において在宅療養支援診療所が連携して地域で対応する仕組みが構築されている場合や複数の診療科の医師がチームで診療を行う場合などにおいて、特定の複数医師が関与することについて診療計画で明示しており、いずれかの医師が直接の対面診療を行っている場合は、全ての医師について直接の対面診療が行われていなくとも、これらの医師が交代でオンライン診療を行うこととして差し支えない。ただし、交代でオンライン診療を行う場合は、診療計画に医師名を記載すること。

また、オンライン診療を行う予定であった医師の病欠、勤務の変更などにより、診療計画において予定されていない代診医がオンライン診療を行わなければならない場合は、患者の同意を得たうえで、診療録記載を含む十分な引継ぎを行っていれば、実施することとして差し支えない。

加えて、主に健康な人を対象にした診療であり、対面診療においても一般的に同一医師が行う必要性が低いと認識されている診療を行う場合などにおいても、診療計画での明示など同様の要件の下、特定の複数医師が交代でオンライン診療を行うことが認められる。

viii オンライン診療においては、初診は直接の対面診療を行うこと、直接の対面診療を組み合わせることが原則であるが、以下の診療については、それぞれに記載する例外的な対応が許容され得る。

・禁煙外来については、定期的な健康診断等が行われる等により疾病を見落とすリスクが排除されている場合であって、治療によるリスクが極めて低いものとして、患者側の利益と不利益を十分に勘案した上で、直接の対面診療を組み合わせないオンライン診療を行うことが許容され得る。

・緊急避妊に係る診療については、緊急避妊を要するが対面診療が可能な医療機関等に係る適切な情報を有さない女性に対し、女性の健康に関する相談窓口等(女性健康支援センター、婦人相談所、性犯罪・性暴力被害者のためのワンストップ支援センターを含む。)において、対面診療が可能な医療機関のリスト等を用いて受診可能な医療機関を紹介することとし、その上で直接の対面診療を受診することとする。例外として、地理的要因がある場合、女性の健康に関する相談窓口等に所属する又はこうした相談窓口等と連携している医師が女性の心理的な状態にかんがみて対面診療が困難であると判断した場合においては、産婦人科医又は厚生労働省が指定する研修を受講した医師が、初診からオンライン診療を行うことは許容され得る。ただし、初診からオンライン診療を行う医師は一錠のみの院外処方を行うこととし、受診した女性は薬局において研修を受けた薬剤師による調剤を受け、薬剤師の面前で内服することとする。その際、医師と薬剤師はより確実な避妊法について適切に説明を行うこと。加えて、内服した女性が避妊の成否等を確認できるよう、産婦人科医による直接の対面診療を約三週間後に受診することを確実に担保することにより、初診からオンライン診療を行う医師は確実なフォローアップを行うこととする。

注 オンライン診療を行う医師は、対面診療を医療機関で行うことができないか、再度確認すること。また、オンライン診療による緊急避妊薬の処方希望した女性が性被害を受けた可能性がある場合は、十分に女性の心理面や社会的状況にかんがみながら、警察への相談を促すこと(18歳未満の女性が受けた可能性がある性被害が児童虐待に当たると思われる場合には児童相談所へ通告すること)、性犯罪・性暴力被害者のためのワンストップ支援センター等を紹介すること等により、適切な支援につなげること。さらに、事前に研修等を通じて、直接の対面診療による検体採取の必要性も含め、適切な対応方法について習得しておくこと。

なお、厚生労働省は、初診からのオンライン診療による緊急避妊薬の処方に係る実態調査を適宜行う。また、研修を受講した医師及び薬剤師のリストを厚生労働省のホームページに掲載する。

(3) 診療計画(省略)

(4) 本人確認(省略)

(5) 薬剤処方・管理(省略)

(6) 診察方法(省略)

2. オンライン診療の提供体制に関する事項

(1) 医師の所在(省略)

(2) 患者の所在(省略)

(3) 患者が看護師等という場合のオンライン診療

①考え方

患者が看護師等という場合のオンライン診療(以下「D to P with N」という。)は、患者の同意の下、オンライン診療時に、患者は看護師等が側にいる状態で診療を受け、医師は診療の補助行為を看護師等に指示することで、予測された範囲内における治療行為や予測されていない新たな症状等に対する検査が看護師等を介して可能となるもの。

D to P with Nにおいても、指針に定められた「最低限遵守すべき事項」等に則った診療を行うこと。

②実施可能な診療の補助行為

医師の指示による診療の補助行為の内容としては、診療計画及び訪問看護指示書に基づき、予測された範囲内において診療の補助行為を行うこと。

オンライン診療を行った際に、予測されていない新たな症状等が生じた場合において、医師が看護師等に対し、診断の補助となり得る追加的な検査を指示することは可能である。ただし、その検査結果等を踏まえ、新たな疾患の診断や当該疾患の治療等を行う場合は、直接の対面診療を行わなければならない。

③提供体制

D to P with Nを行う医師は、原則、訪問診療等を定期的に行っている医師であり、看護師等は同一医療機関の看護師等あるいは訪問看護の指示を受けた看護師等である。

(4) 患者が医師という場合のオンライン診療

①考え方

オンライン診療の形態の一つとして、患者が主治医等の医師という場合に行うオンライン診療であるD to P with Dがある。D to P with Dにおいて、情報通信機器を用いて診療を行う遠隔地にいる医師は、事前に直接の対面診療を行わずにオンライン診療を行うことができ、主治医等の医師は、遠隔地にいる医師の専門的な知見・技術を活かした診療が可能となるもの。ただし、患者の側にいる医師は、既に直接の対面診療を行っている主治医等である必要があり、情報通信機器を用いて診療を行う遠隔地にいる医師は、あらかじめ、主治医等の医師より十分な情報提供を受けること。

診療の責任の主体は、原則として従来から診療している主治医等の医師にあるが、情報通信機器の特性を勘案し、問題が生じた場合の責任分担等についてあらかじめ協議しておくこと。

(4-1) 情報通信機器を用いた遠隔からの高度な技術を有する医師による手術等

②適用対象

高度な技術を要するなど遠隔地にいる医師でない実施が困難な手術等を必要とし、かつ、患者の体力面などから当該医師の下への搬送・移動等が難しい患者を対象に行うこと。

(※具体的な対象疾患や患者の状態などの詳細な適用対象は、今後は、各学会などが別途ガイドラインなどを作成して実施すること。)

③提供体制

情報通信機器について、手術等を実施するに当たり重大な遅延等が生じない通信環境を整え、事前に通信環境の

確認を行うこと。また、仮に一時的に情報通信機器等に不具合があった場合等においても、患者の側にいる主治医等の医師により手術の安全な継続が可能な体制を組むこと。

(※具体的な対象疾患や患者の状態などの詳細な適用対象は、今後は、各学会などが別途ガイドラインなどを作成して実施すること。)

(4-2) 情報通信機器を用いた遠隔からの高度な専門性を有する医師による診察・診断等

②適用対象

希少性の高い疾患等、専門性の観点から近隣の医療機関では診断が困難な疾患であることや遠方からでは受診するまでに長時間を要すること等により、患者の早期診断のニーズを満たすことが難しい患者を対象に行うこと。

③提供体制

患者は主治医等の患者の状態を十分に把握している医師とともに、遠隔地にいる医師の診療を受けること。また、患者の側にいる主治医等の医師と遠隔地にいる医師は、事前に診療情報提供書等を通じて連携をとっていること。

(5) 通信環境(情報セキュリティ・プライバシー・利用端末)

①考え方

オンライン診療の実施に当たっては、利用する情報通信機器やクラウドサービスを含むオンライン診療システム

及び汎用サービス等を適切に選択・使用するために、個人情報及びプライバシーの保護に最大限配慮するとともに、使用するシステムに伴うリスクを踏まえた対策を講じた上で、オンライン診療を実施することが重要である。(省略)

1) 医師が行うべき対策

医師は、オンライン診療に用いるシステムによって講じるべき対策が異なることを理解し、オンライン診療を計画する際には、患者に対してセキュリティリスクを説明し、同意を得なければならない。医師は、システムは適宜アップデートされ、リスクも変わり得ることなど、理解を深めるべきである。

1-1) 共通事項(省略)

1-2) 医師が汎用サービスを用いる場合に特に留意すべき事項(省略)

1-3) (省略)

2) オンライン診療システム事業者が行うべき対策(省略)

3) 患者に実施を求めるべき内容(省略)

3. その他オンライン診療に関連する事項

(1) 医師教育／患者教育

オンライン診療の実施に当たっては、医学的知識のみならず、情報通信機器の使用や情報セキュリティ等に関する知識が必要となる。このため、医師は、オンライン診療に責任を有する者として、厚生労働省が定める研修を受講することにより、オンライン診療を実施するために必須となる知識を習得しなければならない。

※ 2020年4月以降、オンライン診療を実施する医師は厚生労働省が指定する研修を受講しなければならない。なお、既にオンライン診療を実施している医師は、2020年10月までに研修を受講するものとする。(省略)

第61回全日本病院学会 in 愛知

9月28・29日に名古屋で開催

愛知学会のプログラムが確定

太田学会長が特別講演、シンポジウムで官民格差を徹底討論

第61回全日本病院学会 in 愛知(太田圭洋学会長)が9月28・29日に『矜持～今こそ示せ、医療人のプライド～』をテーマに愛知県名古屋市で開催される。このほど、そのプログラムが確定した。

6月に閣議決定した骨太の方針2019は、地域医療構想、医師偏在対策、医療従事者の働き方改革を三位一体で進める考えを示した。3つの改革は、いずれも民間病院の経営に深くかかわる。太田学会長は、「今進められている改革は中小民間病院にとって極めて厳しいが、矜持を持って改革に向かい合っていかなければならない」という思いから今回の学会テーマを設定した。

地域医療構想の最新の動向を知る

学会1日目は、開会式に続いて日本医師会の横倉義武会長、厚生労働省の鈴木康裕医務技監が特別講演を行う。その後、太田学会長が講演し、学会テーマに込めた思いを述べる。

続くシンポジウム1のテーマは、「地域医療構想」だ。地域医療構想めぐっては、公的病院の改革プランを検証し、

代替可能性がある場合には他の病院との統合・再編を議論する方針が示されている。調整会議では、各病院の将来を左右する重大な協議が行われることになるだろう。シンポでは、鈴木健彦地域医療計画課長の講演に加え、地域医療構想ワーキングチームのメンバーである織田正道副会長と伊藤伸一日本医療法人協会会長代行が議論に参加する。

1日目午後のシンポジウム3『官民格差徹底討論!!』は、太田学会長の発案によるもの。病院経営における官民格差は、以前から民間病院経営者が訴えてきた問題だが、地域医療構想の中で公立病院の代替可能性が議論されることから避けて通れない課題となっている。シンポでは、公立・公的病院と民間病院のそれぞれの立場を代表する演者が登壇し、議論する。太田学会長が座長を務める。

1日目午前のシンポジウム2「令和時代の職場環境づくり」では、人材不足を乗り越えるための人材育成・確保、業務効率化の実践例が報告される。

2日目午前のシンポジウム4「地域包括ケアとACP」では、国立長寿医療研究センターでACPの普及啓発に取

り組む三浦久幸在宅連携医療部長が講演する。ACPは、地域包括ケアシステムの推進と深いかわりがある。シンポジウムでは、各地の実践例が聞けるだろう。

同じく2日目午前のシンポジウム5「病院事務職の矜持」では、経験豊富な演者から、病院事務職の仕事のエッセンスを学びたい。

2日目午後の市民公開講座「人手不

足もなんのその!～医療介護と外国人労働者～」では、人材不足時代における外国人労働の問題を議論する。ASEAN諸国の高齢化に伴い、優秀な海外人材の獲得は容易ではなくなっている。外国人看護師・介護士に長く働いてもらうには、生活面の配慮に加え、社会的基盤の整備が必要だ。

このほかにも注目すべき特別講演やセッションが目白押しとなっている。愛知学会に参加し、医療制度改革の最新情報を得るとともに、病院経営のヒントを持ち帰ってほしい。

「第61回 全日本病院学会 in 愛知」の開催概要

開催日◎2019年9月28日(土)・29日(日)
 学会長◎太田圭洋(社会医療法人名古屋記念財団 名古屋記念病院理事長)
 実行委員長◎今村康宏(医療法人済衆館 済衆館病院理事長)
 会場◎名古屋国際会議場(名古屋市熱田区熱田西町1番1号)
 事前参加登録◎2019年4月8日(月)～8月23日(金)
 参加費◎

	協会会員		一般	学生
	理事長・院長	左記以外の方		
事前登録	32,400円	10,800円	12,960円	—
当日登録	38,000円	13,000円	16,000円	2,000円

懇親会◎2019年9月28日(土) 18:30～
 名古屋観光ホテル 3F「那古の間」

	参加費
事前登録	2,160円
当日登録	3,000円

*事前参加登録は、オンライン登録にて受け付けています。
<https://reg.c-linkage.co.jp/ajha61entry/>
 *宿泊予約は、学会ホームページの「宿泊案内」よりお申込みください。
<https://amarys-jtb.jp/ajha61/>

「第61回全日病学会 in 愛知」主なプログラム

第1会場	第2会場	第3会場	第4会場	第5会場
センチュリーホール	白鳥ホール(北)	白鳥ホール(南)	レセプションホール東	レセプションホール西

第1日(9月28日)

開会式 8:30～9:00				
特別講演1 9:00～9:30 横倉義武 日本医師会会長				
特別講演2 9:30～10:00 鈴木康裕 厚生労働省医務技監				
学会長講演 10:00～10:30 太田圭洋 学会長				
シンポジウム1 10:40～12:10 「地域医療構想」	委員会企画1 10:40～12:10 医療経営・税制委員会 「医療における税制について」	シンポジウム2 10:40～12:10 「令和時代の職場環境づくり」	委員会企画2 10:40～12:10 広報委員会 「病院ブランディングと街づくり」	
特別講演3 13:40～15:10 「トヨタのものづくり」 張富士夫 トヨタ自動車株式会社相談役	委員会企画3 13:40～15:10 医療保険・診療報酬委員会 「将来に向けた診療報酬の在り方(仮)」	委員会企画4 13:40～15:10 医療の質向上委員会 「医療安全管理体制相互評価の意義と対応」	委員会企画5 13:40～15:40 人間ドック委員会 「医療職のためのこれからの特定保健指導」	委員会企画6 14:40～16:10 医療従事者委員会 「病院事務長研修及び看護部門長研修の成果-代表演題の発表-」
シンポジウム3 15:10～17:30 「官民格差徹底討論!!」		委員会企画7 15:10～17:10 病院機能評価委員会 「今こそ示せ、機能評価認定病院のプライド」	委員会企画8 15:40～17:10 介護医療院協議会 「今こそ目指せ、介護医療院」	委員会企画9 16:10～17:40 救急・防災委員会 「マスコギャザリングと爆発災害」

第2日(9月29日)

シンポジウム4 9:00～11:00 「地域包括ケアとACP」	シンポジウム5 9:00～11:00 「病院事務職の矜持」	委員会企画10 9:00～10:30 医療事故調査等支援担当委員会 「医療事故調査制度と医師法21条の解釈」	委員会企画11 9:00～10:30 プライマリ・ケア検討委員会 「地域に求められる病院総合医」	
特別講演4 11:00～12:00 「AI・IoTと地域医療」 水野正明 名古屋大学先端医療・臨床研究支援センター長	特別講演6 11:00～12:00 「医師偏在の現状」 高橋泰 国際医療福祉大学大学院教授	委員会企画12 10:30～12:00 病院のあり方委員会 「医療現場の効率化」	委員会企画13 10:30～12:00 看護師特定行為研修委員会 「今こそ示せ、『看護師の特定行為研修』修了者のプライド(仮)」	委員会企画14 10:30～12:00 外国人材受入事業 「外国人材の受入れについて」
市民公開講座 13:30～15:30 「人手不足もなんのその!～医療介護と外国人労働者～」	委員会企画15 13:30～15:00 高齢者医療介護委員会 「認知症の症状が進んできた段階における対応と連携」	日本医療経営コンサルタント協会企画 13:30～15:00 「消費税率引上げに伴い拡充・見直しがされた医療機関向け設備投資減税が病院経営に与える効果」		
特別講演5 15:30～16:30 「災害対応」 福和伸夫 名古屋大学減災連携研究センター教授		学会特別企画 15:10～16:10 「医療機関のファイナンス戦略」 長谷川英司 公認会計士		
閉会式 16:30～17:00				



シリーズ●先進的な病院広報活動の紹介——その④

脳神経疾患の急性期医療から、地域包括ケアシステムへ 広報戦略が病院の業態転換をサポート

社会医療法人祥和会 脳神経センター大田記念病院

先進的な広報活動に取り組む病院を紹介するシリーズの第4回は、広島県福山市の脳神経センター大田記念病院である。脳血管疾患に対する急性期医療で地域の中核的役割を担う同病院だが、地域包括ケアシステムを視野に病院のブランドイメージを変える広報戦略を展開している。減塩食を普及させるレシピ本を発刊したり、地元企業とタイアップして減塩に役立つだしパックを開発するなど、ユニークな広報活動について大田泰正理事長に聞いた。

●地域の脳卒中患者の7割を受入れ

祥和会グループは、社会医療法人祥和会と社会福祉法人祥和会からなる。社会医療法人祥和会の中心は、脳神経センター大田記念病院であり、脳神経疾患に特化した急性期医療を提供する。そのほか、専門医療を担う明神館クリニックと地域のかかりつけ医を目指す沖野上クリニックがある。社会福祉法人祥和会では、地域密着型特別養護老人ホーム「五本松の家」を運営し、介護事業を通して地域社会とのつながりをつくっている。グループ全体の職員数は685人だ。

大田記念病院は、先代の大田浩右氏が1976年に開設した大田病院(48床)からはじまる。国立福山病院に脳神経外科の専門医として勤務していた浩右氏は、自らが考える医療を実践するために開業を決断。先に開業していた夫人とともに病院を開設した。1年後にはCTを導入し、その後もMRIや顕微鏡下手術、ガンマナイフなど、日進月歩で進歩する治療技術を取り入れ、急性期医療のニーズに応えてきた。

現在、24時間・365日の救急体制で脳血管疾患の急性期医療を提供し、福山・府中医療圏の脳卒中患者の7割を受け入れている。年間の症例数は約1,200に及び、全国でトップクラスだ。脳神経疾患に関して、地域の中核的施設となっている。



大田記念病院の外観

●地域包括ケアを視野に診療の幅を広げる

脳神経疾患の専門医療に取り組んできた大田記念病院だが、高齢化に伴う環境の変化に対応するため、地域包括ケアを視野に診療の幅を広げている。

大田泰正氏が理事長に就任したのは2006年。当時は、「急性期医療一本でいくつもりでいた」という。医療政策の方向として病床の機能分化が強調されている時期であり、「回復期や慢性期はやってはいけない雰囲気だった」(大田理事長)。50床あった医療療養病

床を一般病床に転換し、ケアミックスから急性期に特化する方向を選んだ。

ところがそれから数年後に、医療政策の風向きが変わる。少子高齢化を乗り切るため、地域包括ケアシステムの構築が政策の中心となった。

脳卒中に特化した急性期医療だけでは経営の継続が厳しくなると判断し、法人として、「急性期医療を維持しつつ、地域包括ケアに対応する医療・介護グループ」を目指すこととした。2015年に地域包括ケア病棟を導入。訪問看護、訪問リハなどの在宅サービスの充実を図り、2018年にはリハビリスタッフを確保して、回復期リハビリテーション病棟を開設した。病棟の改修に当たっては、地域医療介護総合確保基金を活用した。また、2016年9月には、社会福祉法人を設立し、2018年6月に地域密着型特別養護老人ホームを開設している。

こうした判断の背景には、患者ニーズの変化もある。一つは、脳卒中患者が軽症化していることだ。かつては労災や交通事故による外傷が多かったが、現在は脳卒中でも脳梗塞が主流となり、以前に比べ軽症の患者が増えた。平均在院日数も短縮し、発症早期のリハビリが重視されるようになる。自院で回復期病床を持つことでよりスムーズな対応が可能となる。年間1,200例の患者をすべて自院で対応することはできないので、3分の1の患者は他院へ紹介している。

また、高齢化と核家族化により、退院調整に手間のかかる患者が増えている。高齢の単身者も多く、生活面も含めて対応しないと退院調整が進まない。生活保護につながるケースもある。

地域のニーズに応えるために介護や福祉を視野に入れ、急性期医療から回復期に診療の幅を広げる必要があったといえる。環境の変化に対応して経営の選択肢を広げる意味もある。

●新たなブランドイメージを構築

開設以来、脳神経疾患治療に取り組んできた同病院のイメージは、地域包括ケアと距離があったのは事実だ。そこで、病院の業態転換に合わせた新たなブランドイメージをつくることになった。

そのためにまず、病院の強みを再確認した。注目したのは、病院給食である。病院給食は「おいしくない」という評判が一般的だが、同病院の給食は、患者満足度調査で常に上位の評価を得ている。歴代の管理栄養士が食材や調味料を吟味するとともに、徹底して計量を実施。調理法を工夫して給食の改善に取り組み、病院給食の「大田メソッド」をつくりあげてきた。

もう一つ注目したのは、同病院が脳卒中の専門病院として長年取り組んできた「減塩普及」である。脳卒中のリスク要因である高血圧や動脈硬化を減らすため、病院給食を薄味にするとともに、患者に対する栄養指導や院内の健康教室、市民向けのイベントを通じて減塩指導を積み重ねてきた。

これらの取組みを踏まえて、減塩活

動をさらに地域に広めようと企画したのが、レシピ本の出版だ。病院の40周年記念事業として、病院給食を家庭用にアレンジしたレシピをまとめ、『大田記念病院が心をこめて贈る91のレシピ』として出版した。地元の書店(啓文社)を版元とし、2016年4月に発刊。広島県内の書店で販売し、累計4,000部を売り上げた。

あわせてレシピ本と併用する無添加のだしパックを開発した(大田記念病院が考えただしパック)。「減塩にはだしの活用が早道」と指導していたが、「具体的にどんなものを使うとよいか」と質問を受けていた。そこで、地元のメーカーの協力を得て、うま味の強いだしを開発に取り組んだ。塩、粉末醤油、砂糖、うま味調味料を一切使わず、国産の鰹節、鰯、鯖節を加工し、椎茸、昆布を加えてうま味を出した。だしパックに加え、だしつゆも開発し、今年2月から販売している。

レシピ本やだしパックの発売に当たって、記者クラブにプレスリリースを配布。テレビ、ラジオ、新聞、雑誌に取り上げられた。また、Facebookを活用して記事を配信した。

何よりも、レシピ本とだしパックという商品がメディアとなる。レシピ本は広島県内の主要書店に配本され、だしパックやだしつゆは、県内にとどまらず全国のスーパーの店頭にも並ぶ。

健康寿命の延伸には、食生活の改善が欠かせない。地域の健康づくりに取り組む同病院の試みは、病院のイメージを変える広報活動として成果をあげている。



地元企業の協力で開発した、だしパックとだしつゆ

●広報活動を重視し専任スタッフを配置

地域包括ケアの時代には、病院にかかわるステークホルダーの数が増え、コミュニケーションの必要量も増加する。同病院は、2013年に広報活動の強化を目的に、広報担当者を採用。専任で広報業務に当たっている。

広報コミュニケーショングループの島津英昌課長は、民間企業で広報を担当した経験を持つ。プロの広報マンの存在が、病院の特徴を生かした広報戦略を可能にしている。

広報活動は、病院の外部に対してだけでなく、内部に対しても大きな役割がある。同病院では、経営者と職員、あるいは職員同士の情報共有とコミュニケーションを図るため、院内向けの広報誌「祥和会News Letter」を発行している。広報コミュニケーショングループが編集制作を担当し、A4・8ページのNews Letterを月刊で発行。法人の経営方針や事業計画、損益の目標までわかりやすく伝えている。広報誌を通じてコミュニケーションを図ることで、職員の満足度が向上し、離職率の低下につながった。



大田泰正理事長

●医師の働き方改革に強い危機感

脳血管疾患の急性期医療から、地域包括ケアに守備範囲を広げることで地域のニーズに対応している同病院だが、現在、経営の根幹にかかわる問題に直面している。医師の働き方改革に伴って必要となる医師数を確保できるかという問題である。「現在の医療サービスが成立するかが一番の問題」と大田理事長は危機感を隠さない。

医師に対する時間外労働の上限規制が適用される2024年に向けて具体的な措置が検討されているが、いまだ病院経営に対する影響は不透明である。同病院には、現在30人の医師が勤務するが、新たな規制に適應するため、仮に倍の60人の医師が必要となったとしたら、それに見合う収益を上げられるだろうか。地域の脳卒中患者の7割を受け入れる同病院が急性期から撤退することはあり得ないことである。

医師の働き方改革とあわせ、地域医療構想、医師偏在対策を三位一体で進める改革が進められているが、この変革期をどのように乗り越え、地域医療を確保していくか、地域の関係者の知恵が問われている。そして、その議論の場は、地域医療構想調整会議になるであろう。2025年の必要数にあわせて病床を調整することがこれまでの役割だったが、地域によっては三位一体改革のなかで、より優先度の高い課題があるのではないかと。例えば、医師の偏在対策が重要課題であれば、地域全体で考える必要がある。公私の区別を超えて、地域に必要な医療機能を確保するための議論が調整会議に求められている。

民間病院にとって存続にかかわる厳しい状況が迫っているが、こうした状況だからこそ、地域社会に働きかけ、理解を得る広報活動の重要性が高まっているのではないだろうか。

【病院の概要】

所在地 広島県福山市沖野上町3-6-28
病床数 213床(SCU18床、一般病棟床88床、地域包括ケア病棟34床、回復期リハビリテーション病棟50床)
理事長 大田泰正
顧問・名誉院長 大田浩右
院長 郡山達男
診療科目 脳神経外科、脳神経内科、脊椎脊髄外科、循環器内科、放射線科、内科、外科、リハビリテーション科、救急科、麻酔科、小児神経科、整形外科、形成外科、歯科

臨床研修実施施設が今年度、2病院増加

厚労省 大都市以外の研修医率わずかに低下

厚生労働省は8月8日、2019年度の医師の臨床研修の実施体制の状況を公表した。研修医を募集する臨床研修病院・大学病院は1,037カ所で、2018年度の1,035カ所から2病院増えた。研

修医の募集定員は1万1,492人で、2018年度と比べ248人多かった。大都市のある6都府県を除く道県の募集定員の割合は63.5%で、2018年度と比べ0.3ポイント下がった。

臨床研修実施施設数は2カ所増えたが、大学病院が1カ所減少したため、臨床研修病院が3カ所増えている。

募集定員は対前年度比で248人多くなった。医師不足対策により、募集定員の増員を続けてきたが、今回は増加が多い年度に当たる。また、1万1,492

人のうち436人は、一定規模以上の病院に義務化される小児科・産科の研修プログラムに関する特例定員である。

研修の都市集中を避けるため、大都市のある6都府県(東京、神奈川、愛知、大阪、京都、福岡)の研修医が実績を上回らないよう調整する措置を講じている。ただ、2019年度は6都府県を除く道県の募集定員の割合は63.5%で、前年度より0.3ポイント下がった。

2020年度税制改正要望で13項目を根本厚労相に提出

四病協 控除対象外消費税問題の抜本的解決が必要

四病院団体協議会は8月9日、根本匠厚生労働大臣に2020年度税制改正要望を提出した。控除対象外消費税問題の抜本的解決など13項目を盛り込んだ。医療ニーズの増大や相次ぐ災害など医療体制の充実が求められている中で、税制の支援措置は「必ずしも医療の実情を踏まえたものになっていない」と主張。地域の医療を守ることができる体制確保の措置を求めた。

控除対象外消費税問題については、消費税率の10%への引上げに伴う診療報酬による医療機関への補てんが10月に行われる。患者への医療費は非課税であるため、仕入れにかかる消費税が控除されず、医療機関がそれを負担することになってしまう問題がある。こ

のため、診療報酬に上乘せることで医療機関の負担を解消している。

しかし、厚生労働省の調査で、病院のタイプによって大きな補てんの過不足がある上に、病院全体でも15%もの補てん不足があることが明らかになった。病院は高額な設備投資を行うことが多いため、補てん不足が生じやすいと考えられる。このため、消費税率10%への引上げに伴う対応では、補てんにばらつきが生じないように精緻化を行っている。

要望では、補てんの精緻化による過不足の是正に期待を示しつつも、個々の医療機関の仕入れ税額は考慮されていないことから、「どれほど精緻化しても、不公平は解消し得ない」と明記。

補てんの方法自体に限界があるため、「病院にかかる社会保険診療報酬等に対する消費税を原則として課税に改め、仕入れ税額控除を認めるしかない」とした。

認定医療法人制度の延長を求める

認定医療法人制度については、実施期間の延長を要望した。同制度は2014年度に創設された。持分のある医療法人から持分のない医療法人へ移行する計画が国に認定されれば、計画の期間満了まで、相続税が免除される制度だ。来年9月までの時限措置であり、期間の延長を求めた。

また、持分のある医療法人に対しては、中小企業の事業継承における相続

税・贈与税の納税猶予・免除制度と同様の制度の創設を要望した。

社会医療法人に対しては、寄付があった場合に、「寄付した側が支出額の一定部分を所得税法上の寄付金控除の対象および法人税法上の損金」にできることを要望した。また、社会医療法人の行う医療保健業をすべて「収益事業」から除外し非課税とすることや、救急医療など固定資産税を非課税にする対象の明確化を求めた。

介護医療院に対しては、転換時の改修費用のうち、新施設の施設基準を満たすためにかかる費用について、取得価額の30%の特別償却または7%税額控除を認めることや、固定資産税・不動産取得税の減免等の支援措置を要望している。

要望事項は下表の通りとなっている。

2020年度税制改正要望の重点事項(13項目)

① 社会保険診療報酬等の非課税に伴う控除対象外消費税問題の抜本的な解決	(差額ベッド数が全病床数の30%以下であることや、役職員1人につき年間給与と総額を3,600万円以下とする要件の緩和)
② 医療機関に対する事業税の特例措置の存続(社会保険診療報酬に対する非課税(個人、医療法人共通)および自由診療収入等に対する軽減税率(医療法人のみ))	⑧ 訪日外国人向け医療提供体制の整備と医療税制の整合性の確保
③ 認定医療法人制度の実施期間の延長および認定期限の緩和	⑨ 介護医療院への転換時の改修等に関する税制上の支援措置の創設
④ 持分のある医療法人に係る相続税・贈与税の納税猶予・免除制度の創設	⑩ 中小企業関係設備投資減税の医療界への適用拡大(中小企業経営強化税制の医療保健業についての対象設備に医療用機器および建物附属設備を追加など)
⑤ 社会医療法人に対する寄付税制の整備および非課税範囲の拡大等	⑪ 病院用建物等の耐用年数の短縮
⑥ 医療法人の法人税率軽減と特定医療法人の法人税非課税	⑫ 社団医療法人の出資評価の見直し
⑦ 特定医療法人の存続と要件の緩和	⑬ 医療従事者確保対策用資産および公益社団法人等に対する固定資産税等の減免措置

一冊の本 book review

医師の働き方改革大全

現場と経営の変革に効く「完全マニュアル」

著者●裴英洙
発行●日経BP
定価●30,000円+税

本年度4月から、病院においても働き方改革がはじまった。職員への年次有給休暇の取得促進や、時間外労働の上限規制の順守はできているだろうか？ 来年度には正規・非正規雇用労働者間の不合理な待遇差の禁止が適用され、そして2024年度からは医師に対する労働時間の上限規制なども入ってくる。

本書では、現在の日本の状況や働き方改革に対する検討の状況を概況し、医師の働き方改革における論点と労働関連法規を説明したうえで、医療機関において働き方改革を導入する際のポイントが細かく記されている。働き方改革を越えて、経営改善、マネジメント改善に資する取組みも多数掲載されている。マネジメントスタッフには是非目を通していただき、医療機関における働き方改革の本丸ともいべき医師の働き方改革に備えて欲しい。

(安藤高夫)

厚労省と医療・介護団体が災害対策で意見交換

被災者健康支援連絡協議会 「災害拠点病院だけでなく全病院に支援を」猪口常任理事

被災者健康支援連絡協議会(代表＝横倉義武・日本医師会会長)は8月5日、約1年ぶりに会合を開いた。厚生労働省や各団体から災害対策の取り組み状況を聞いて意見交換した。今後は定期的に開催し、情報交換することを確認した。

同連絡協議会は、医療・介護関係の42団体で構成される。岡山・広島の高雨災害に対応するために開いた昨年8月以来の会合には、15団体の代表と厚労省・環境省の担当者が出席した。

厚労省は、「救急・災害医療提供体制等の在り方に関する検討会」の議論を踏まえた災害拠点病院の指定要件の改正や、広域災害・救急医療情報システム(EMIS)の機能改修などの対応、病院の業務継続計画(BCP)策定状況調査の結果などを報告した。

7月17日に発出した災害拠点病院の指定要件の改正通知では、電気の確保について3日間程度、自家発電機等により病院機能を維持できるよう燃料の

備蓄要件を明示するとともに、水の確保では少なくとも3日分の病院機能を維持できる水を確保することが望ましい旨を示している。

EMISの機能改修については、①入力項目(医療機関のライフラインの情報不足)②入力率(医療機関のEMIS入力率が低い)③情報通信環境(停電時にEMISを利用できない)一を課題にあげた。

その上で、入力項目については、電気・水道等に関する項目を追加するなどライフライン情報収集強化を図るとともに、入力率を高めるためにはユーザーインターフェースの改善やe-Learningの導入、通信環境の改善ではスマートフォンアプリの開発などの対応策をあげ、今年度中に機能拡充を行う方針を示した。

また、厚労省が7月31日に公表した①病院の業務継続計画(BCP)策定状況②病院の非常用電源の確保及び点検状況③病院の耐震改修状況一の3つの

調査結果を紹介した。

BCPの策定状況では、災害拠点病院736のうち、735病院が策定しており、策定していない1病院は、今年度中に指定を返上する予定であることを示した。

病院の非常用電源の点検状況調査では、法定点検未実施の病院があり、その理由として「患者の継続的な医療提供のため実施調整が困難」などをあげた。この結果を踏まえ、7月31日付で「非常用電源等の法定点検未実施の病院への適切な対応に係る周知について(依頼)」と題する通知を各都道府県に発出したことを説明した。

耐震改修状況では、2018年の病院の耐震化率は74.5%(2017年調査は72.9%)、災害拠点病院等の耐震化率は90.7%(同89.4%)と耐震化が進んでいるものの、都道府県別で見るとばらつきがあることを指摘した。

BCP未策定の災害拠点病院の指定返上について、全日病の猪口正孝常任



理事は、「指定が先に行われ、後から要件が決まったため、返上する病院が出たのは残念だ。しびりがきつくなって脱落すると、『角を矯めて牛を殺す』になりかねないので、災害に関心を持ってその地域で拠点になろうとしている病院がついていけるような方策を考えてほしい」と要望した。

また、災害拠点病院の3日分の水の確保の指定要件に関連して猪口常任理事は、「東日本大震災の経験では、生き残った民間病院に患者や住民がどんどん集まった。しかし、行政に食料が足りないSOSを送っても計画外ということで、災害拠点病院以外には支援が来なかった。そのため、全日病はAMATという形で互助的に支援するシステムをつくっている。災害拠点病院だけでなく、全病院に対応する支援にしていきたい」と発言した。

副業・兼業の場合の労働時間管理で検討会が報告書

厚労省・労働時間管理検討会 通算規定見直しの選択肢示す

厚生労働省の「副業・兼業の場合の労働時間管理の在り方に関する検討会」(守島基博座長)は7月25日、報告書をまとめた。副業・兼業を行う労働者の複数の事業場の労働時間を企業側が日々厳密に管理するのは難しいことから、上限規制や割増賃金の算定にかかる労働時間の通算規定については、一部緩和する案を示した。一方で、労働者の健康管理の強化を図る観点から、通算した労働時間の状況に基づく健康確保措置の実施を企業側に求めることも提案している。

厚労省は今後、副業・兼業における労働時間規制について、検討会の報告書を踏まえて、労働政策審議会で検討を進める方針だ。今回の報告書の考え方で、今後、医師の働き方改革における勤務医の労務管理も整理されると想定される。

これまで副業・兼業を行う労働者に対する企業側の労働時間管理については、労働基準法第38条およびその解釈通達によって、他の事業主の下での労働時間を通算することが求められ、「副業・兼業の促進に関するガイドライン」において、「労働者の自己申告により副業・兼業先での労働時間を把握する」とされていた。

だが、検討会が実施した企業ヒアリングによると、日々の労働時間管理を労働者の申告により行うのは実務上難しく、また申告の真偽も確認が難しい。裁量労働制やフレックスタイム制などを採用している事業場では、さらに実務が難しくなる。また、副業・兼業を認めている企業であっても、労働時間の通算の問題が生じないような働き方(非雇用や法定労働時間内での副業・兼業)しか認めていない場合が多いこ

とがわかった。

こうした状況を踏まえ報告書は、副業・兼業を容認する企業の労働時間管理が容易になる方法を選択肢として提示した。

具体的には、労働時間の上限規制に関して、◇あらかじめ事業主が月単位などの長い期間で副業・兼業が可能な上限時間を設定し、その範囲内で副業・兼業を認める◇通算規定に関して副業・兼業の場合は厳密な遵守を求めず、適切な健康確保措置を講ずることを要件に、事業主ごとに労働時間の上限規制を適用する一ことなどをあげた。

また、割増賃金の算定についても、「他の事業主の下での労働時間は、週や月単位などの長い期間における所定労働時間のみを通算し、割増賃金の支払いを義務づける方法」や「労働時間の通算はせず、事業主ごとに法定労働



時間を超えた場合のみ割増賃金の支払いを義務づける」などの選択肢を示した。

一方で、副業・兼業を行う労働者の健康確保の観点から、規制を強化する選択肢を提示した。具体的には、◇通算した労働時間の状況に基づき労働安全衛生法上の医師の面接指導等の対象とする◇副業・兼業を行う旨の申告をした労働者に対しては、労働時間の長さにかかわらず、現行の健康確保措置の枠組みに組み込む一などの選択肢を示した。

国家公務員の給与やボーナス、各種手当を引上げ

人事院勧告 民間との較差(月額387円)を解消

人事院は8月7日、国家公務員の給与と改定を内閣に勧告する2019年度人事院勧告を行った。民間給与との較差(月額で387円、0.09%)を埋めるため、初任給や若年層の俸給月額を引き上げる。ボーナスは0.05月分の引上げ。期末手当・勤勉手当のほか、住宅手当も引き上げる。国会で給与法改正案が可決されれば、月額給与等が4月にさかのぼって改定される。

一宮なほみ人事院総裁は談話で、「6

年連続となる給与の引上げは、職務に精励している職員にとって、士気の一層の向上につながる」と述べた。また、国家公務員の人材確保が厳しくなっている状況を指摘し、多様な人材確保策の必要性を訴えた。

企業規模50人以上の民間の給与と国家公務員の給与を比較し、民間の方が月額で387円(0.09%)高かったため、この較差を解消し、国家公務員の給与を引き上げる。対象は27.7万人。

較差387円分のうち、俸給で344円分、各種手当に43円分を配分する。平均給与(行政職俸給表(一))では、月額41万1,510円、年間給与680万円。勧告前との差は年間給与で2万7,000円となる。

モデル給与例でみると、本府省課長(50歳)は月額74万6,160円、年間1,264万2,000円、勧告前と比べた年間給与額の差は4万2,000円。係長(40歳)は月額29万9,000円、年間498万2,000円、勧告前と比べた年間給与額との差は1万6,000円となる。

改定の詳細では、俸給表について、総合職試験と一般職試験(大卒程度)の初任給を1,500円、一般職試験(高卒者)の初任給を2,000円引き上げる。30歳代半ばまでの職員の号俸は平均改定率0.1%とする。期末手当・勤勉手当は、支給月数を0.05月分引き上げ、4.50月に改定する。

住居手当は、手当の支給対象となる家賃額の下限を引き上げる。(1万2,000円→1万6,000円)手当額の上限も引き上げる(2万7,000円→2万8,000円)。

子どもの医療費援助「18歳年度末まで」の自治体が3割超える

厚労省・乳幼児等医療費の援助の調査 多数の市区町村が都道府県の対象より拡充

厚生労働省は8月7日、2018年度の「乳幼児等に係る医療費の援助についての調査」結果を公表した。市区町村の医療費援助の対象年齢の上限は上昇傾向にあり、18歳年度末(高校生)までの子どもの医療費を援助する市区町村が全体の3割を超えた。

医療保険制度における子どもの医療費の自己負担分については、すべての市区町村が援助を実施している。そして全都道府県が、域内の市町村に補助を行っている。

多くの市区町村が都道府県の補助を上回るかたちで対象年齢の拡大などを行っている。自治体により医療費援助の対象年齢や所得制限の有無に違いがあるため、厚労省が2018年4月1日時点での都道府県と市区町村の医療費援助の実施状況を調査した。

都道府県の援助「就学前まで」が最多 まず、都道府県における子どもの医療費に対する援助の状況を、通院と入院に分けてみていく。

通院の医療費については、半数超の25道府県が医療費援助の対象年齢を「就学前まで」としている。次に多いのが「15歳年度末(中学生)まで」で8道府県。次いで「12歳年度末(小学生)まで」が4県だ。所得制限を設けている都道府県は29で、所得制限なしは17。医療費援助について、自己負担「あり」とするのが多数で、37都道府県だ。

入院の医療費に対する援助でも、最も多いのは「就学前」までで、20道府県。16道府県が「15歳年度末まで」、6道府県が「12歳年度末まで」である。所得制限を設定している都道府県は28、なしは18。自己負担「あり」は34道府県、「なし」は、12都県となっている。

86%が「所得制限なし」

市区町村における医療費援助の状況をみると、都道府県の補助を上回って援助している自治体が多い。

全1741市区町村について、通院についての医療費援助の対象年齢を調べると、最も多いのは「15歳年度末まで」で1007。次いで「18歳年度末まで」が541、「12歳年度末まで」が96。前年と比べると、18歳年度末までの市区町村が67増加しており、対象年齢を拡大する傾向がみられる。対象年齢を最もせばめて「就学前まで」としている市区町村は81にとどまり、前年より30減少した。

通院の医療費について所得制限を設けていない市区町村は、全体の86%に当たる1494。自己負担は63%に当たる1089が「なし」としている。

入院の医療費についてみると、

最も多いのは通院と同様に「15歳年度末まで」で1082。次いで「18歳年度末まで」は586、「12歳年度末まで」は61。前年と比べると、18歳年度末までの市区町村が75増えている。「就学前まで」の市区町村は、前年は12だったが2018年は減少してわずか7となった。

入院医療費の所得制限を設けていないのは1495。自己負担を「なし」としているのは通院医療費の場合よりも多く、全体の68%に当たる1188。

通院・入院の医療費を最長の22歳年度末まで援助しているのは、北海道の南富良野町で、所得制限はなく、一部自己負担もなし。

20歳年度末まで通院・入院の医療費を援助しているのは、茨城県境町(所得制限あり、一部自己負担あり)と奈良県山添村(所得制限なし、一部自己負担あり)。

■ 現在募集中の研修会(詳細な案内は全日病ホームページをご参照ください)

研修会名(定員)	日時【会場】	参加費 会員(会員以外)	備考
看護部門長研修コース (48名)	第1単位 2019年10月4～6日(金～日) 第2単位 2019年12月6～8日(金～日) 第3単位 2020年1月24～26日(金～日) 【全日病会議室】	全3単位9日間 242,000円(税込) (352,000円(税込)) 全単位の宿泊費及び 一部の食事代含む	看護部門長の「経営革新・実践力強化」を目的に、経営感覚・イノベーション・実践力の3つの狙いを軸に講義・演習等を行う。原則全3単位(9日間)の出席及び課題の提出の条件を満たした方を「看護管理士」として認定する。病院の看護部門長もしくは次期看護部門長の参加を願う。
医療事故調査制度への医療機関の対応の現状と課題研修会 (100名)	2019年9月23日(月・祝) 【全日病会議室】	10,800円(税込) (16,200円(税込))	2015年10月に医療事故調査制度が始まり、医療事故の原因究明と再発防止を目指す試みが続けられている。2019年度も各病院が院内事故調査を円滑に実施するための考え方と方法を習得することを目的に、研修会を開催する。「医療安全管理者養成講習会」(全日病・日本医療法人協会共催)の継続認定の研修会に該当する。